

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS

Nombre:.....	Enfermera responsable.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema.....
N° Habitación:.....	
Fecha de ingreso:.....	Fecha resolución:.....

**CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR**

Definición: nombra una situación en que el cuidador tiene dificultad para seguir asumiendo ese papel (pero desea seguir desempeñándolo)

R/C:

- Expectativas irreales del receptor de los cuidados sobre el cuidador
- Alejamiento de la familia y amigos. Falta de actividades recreativas
- Percepción de complejidad o cantidad de los cuidados
- Sensación de incertidumbre, por parte del cuidador, sobre el curso de la enfermedad

ÁREA DE DEPENDENCIA:

- CONOCIMIENTOS     FUERZA FÍSICA     FUERZA PSÍQUICA     VOLUNTAD

M/P:

Manifestaciones de preocupación sobre: su capacidad para proporcionar al paciente los cuidados que requiere; los cuidados que recibirá el paciente cuando el cuidador enferme o muera; por su propia salud y por la del paciente

- Alteración de las actividades de cuidados
- En el cuidador: labilidad emocional, cambios ponderales, nerviosismo, somatización, aumento del estrés, trastornos del sueño, falta de tiempo para satisfacer sus propias necesidades

OBJETIVOS:

- El cuidador expresará una mayor confianza en su capacidad para afrontar la situación en \_\_\_ días
- Brindará los cuidados requeridos de manera adecuada en \_\_\_ días

ACTIVIDADES: (dirigidas al cuidador)

1. Determinar el nivel de conocimientos
2. Determinar los principales factores generadores de tensión, separando los modificables de los no modificables, así como los recursos humanos y materiales de los que dispone y su nivel de utilización
3. Educación sanitaria sobre:
  - a. Evolución de la enfermedad
  - b. Técnicas de relajación y manejo del estrés
  - c. Técnicas y habilidades necesarias para realizar los cuidados
4. Planificar la modificación de los factores susceptibles de ello y la organización de los cuidados
5. Pactar periodos de descanso y distracción
6. Si el cuidador está agotado suplirle total o parcialmente mientras se reorganizan los cuidados
7. \_\_\_\_\_

PLANIFICACIÓN:

	L	M	X	J	V	S	D
M							
T							
N							

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS

Nombre:.....	Enfermera responsable.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema.....
N° Habitación:.....	
Fecha de ingreso:.....	Fecha resolución:.....

COMENTARIOS

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS

Nombre:.....	Enfermera responsable:.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema:.....
N° Habitación:.....	Fecha resolución:.....
Fecha de ingreso:.....	

DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

- Conocimientos deficientes     Manejo inefectivo     P. Colaboración

R/C:

- Higiene oral inadecuada o insuficiente  
 Poca ingesta de líquidos  
 Respiración bucal  
 Manejo inadecuado de la prótesis dental  
 \_\_\_\_\_

ÁREA DE DEPENDENCIA:

- CONOCIMIENTOS     FUERZA FÍSICA     FUERZA PSÍQUICA     VOLUNTAD

M/P:

- Manifestaciones de mal sabor de boca, de disminución o ausencia del sentido del gusto  
 Malestar oral y/o dificultad para comer, deglutir o hablar  
 Mal aliento  
 Sequedad bucal

OBJETIVOS:

- El paciente recuperará o mejorará (elegir una de las 2 opciones) la integridad de la mucosa oral en \_\_\_ días  
 Disminuirán las molestias bucales (dificultad para comer, mal aliento, dolor, etc...) en \_\_\_ días

ACTIVIDADES:

1. Valorar diariamente el estado de la boca
2. Higiene de la boca cada 12 h con cepillo de cerdas suaves prestando especial atención a la lengua
3. Aumentar la ingesta de líquidos si tolerancia
4. Educación sanitaria al paciente / familia sobre técnicas adecuadas para mejorar estado de la mucosa oral
5. Aumentar la salivación y humidificar las mucosas con:
  - a. Agua fría, chicles sin azúcar, caramelos ácidos de limón o cubitos de hielo
  - b. Masticar trocitos de piña enlatada (contiene amilasa, enzima proteolítica que limpia la boca y el azúcar que contiene no predispone la aparición de candidas)
  - c. Enjuagar la boca con saliva artificial, manzanilla y limón.
  - d. Mantener los labios hidratados con cacao
6. Si infección de boca: enjuagues con povidona yodada (1-2 cuchar. de café en 100 cc de agua) o enjuagues con agua oxigenada ( de 10 volúmenes diluida al 50% con suero salino)
7. Si boca dolorosa: enjuagues con manzanilla y / o aplicar lidocaina viscosa 2%
8. Si boca sucia con placas de detritus:
  - a. Limpiar con torunda empapada en ¼ partes de Suero fisiológico y ¼ parte de agua oxigenada de 10 volúmenes
  - b. Enjuagues con dilución de bicarbonato sódico (1 cuchar. de café) con Suero salino (200 cc). No usar bicarbonato si toma nistatina
  - c. Sumergir la prótesis dental en agua con hipoclorito sódico

PLANIFICACIÓN:

	L	M	X	J	V	S	D
M							
T							
N							

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS

Nombre:.....
Fecha de nacimiento:.....
N° Habitación:.....
Fecha de ingreso:.....

Enfermera responsable:.....

Fecha identificación del problema:.....

Fecha resolución:.....

COMENTARIOS

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Nombre:.....	Enfermera responsable.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema.....
Nº Habitación:.....	Fecha resolución:.....
Fecha de ingreso:.....	

**DESEQUILIBRIO DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO**

- Conocimientos deficientes     Manejo inefectivo     P. Colaboración: Anorexia

**R/C:**

- Dificultades en la masticación y deglución
- Cansancio
- Cambios emocionales
- En consulta: falta de conocimientos del paciente y/o del cuidador sobre la dieta adecuada en su situación
- Manejo inadecuado de la prótesis dental
- \_\_\_\_\_

**ÁREA DE DEPENDENCIA:**

- CONOCIMIENTOS     FUERZA FÍSICA     FUERZA PSÍQUICA

VOLUNTAD

**M/P:**

- Disminución de la ingesta habitual
- Peso por debajo de un IMC de 18
- Palidez de mucosas
- Fragilidad capilar, caída excesiva de cabello
- \_\_\_\_\_

**OBJETIVOS:**

- Mejorará la ingesta (cuantitativa y cualitativamente) en \_\_\_ días
- Conocerá los factores que contribuyen a la pérdida de apetito y que dificultan la ingesta
- \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES:**

1. Educación sanitaria al paciente y/o familia:
  - a. Cambios en su alimentación, desdramatizando las comidas y la pérdida de apetito
  - b. Presentación y calidad: apetitoso y en cantidades pequeñas. Usar platos pequeños. Características: temperatura adecuada, evitar olores fuertes, textura adecuada y adaptada a sus gustos
  - c. Alimentos frescos: flan, piña, yogurt, natillas
  - d. Importancia del buen estado de la boca. Explicar cuidados
  - e. Siempre que se pueda comer sentado y acompañado, en cama incorporado.
2. Higiene de la boca
3. Adecuar la dieta del hospital a sus preferencias
4. \_\_\_\_\_

**PLANIFICACIÓN:**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>M</b>							
<b>T</b>							
<b>N</b>							

**COMENTARIOS**

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO**

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Nombre:.....	Enfermera responsable.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema.....
Nº Habitación:.....	Fecha resolución:.....
Fecha de ingreso:.....	

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO**

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Nombre:.....	Enfermera responsable:.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema:.....
Nº Habitación:.....	Fecha resolución:.....
Fecha de ingreso:.....	

**DOLOR**

- Conocimientos deficientes     Manejo inefectivo     P. Colaboración

R/C:

- Cansancio  
 Cambios emocionales  
 Falta de conocimientos sobre el manejo adecuado del dolor (medicación, técnicas no invasivas, etc)  
 Falta de habilidades para realizar las técnicas necesarias para el control del dolor  
 \_\_\_\_\_

ÁREA DE DEPENDENCIA:

- CONOCIMIENTOS    FUERZA FÍSICA     FUERZA PSÍQUICA     VOLUNTAD

M/P:

- Expresiones verbales o no verbales de dolor  
 \_\_\_\_\_

OBJETIVOS:

- Disminuirá la intensidad del dolor. Pasará de un nivel\_\_ a un nivel\_\_ en la escala EVA del dolor  
 \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES:

- Valorar el dolor del paciente: verificar dolor, intensidad (pasar escala EVA), calidad (cómo define el dolor, características) y frecuencia. No juzgar el dolor que el paciente dice tener
- Reforzar la confianza del paciente sobre la acción del fármaco asegurando que el dolor cederá y que si no es así se le administrarán dosis de refuerzo o algún fármaco alternativo. Verificar que toma la medicación correctamente.
- Explicar todos los efectos secundarios de la morfina y manejo de los mismos
- Favorecer la distracción del paciente: recomendar que lea, vea TV, salga a la terraza, hable con familiares, etc
- Técnicas de estimulación cutánea: aplicación frío-calor, aplicación mentol, masaje. Persona que la realizará: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

PLANIFICACIÓN:

	L	M	X	J	V	S	D
M							
T							
N							

COMENTARIOS

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Nombre:.....	Enfermera responsable:.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema:.....
Nº Habitación:.....	Fecha resolución:.....
Fecha de ingreso:.....	

**SUFRIMIENTO ESPIRITUAL**

R/C:

- El cuestionamiento sobre el sentido y el significado de la propia existencia  
 El cuestionamiento de si la necesidad de dar y recibir amor ha sido satisfecha a lo largo de su vida

ÁREA DE DEPENDENCIA:

- CONOCIMIENTOS     FUERZA FÍSICA     FUERZA PSÍQUICA     VOLUNTAD

M/P:

- Manifestaciones de rechazo hacia la religión y sus representantes  
 Preocupación por el significado de la vida, preguntas por el significado de la propia existencia  
 Ansiedad incontrolable que no responde a tratamiento farmacológico  
 Demandas de sedación  
 Crisis de angustia nocturnas, pesadillas, insomnio recurrente.

OBJETIVOS:

- Mejorará el patrón del sueño, pasará de dormir \_\_ horas a \_\_ horas  
 Manifestará sentirse más tranquilo consigo mismo  
 Demandará menos atención del equipo sanitario

ACTIVIDADES:

- Animar al paciente a que haga un repaso de su vida, poniendo especial atención en los acontecimientos más significativos, intentando extraer las consecuencias positivas de cada uno de ellos. Ayudar a identificar los frutos de cada etapa del ciclo vital
- Ayudar a resolver duelos pasados no elaborados: dándole una visión más realista y objetiva de los hechos, facilitando el encuentro (siempre que sea posible) con aquellas personas que tenga problemas que solucionar, facilitando la ventilación emocional.
- Sugerir que traigan al hospital objetos personales como: fotografías, pinturas significativas, objetos queridos, música preferida,...
- Animarle a hacer un repaso de las personas significativas que han pasado por su vida, ensalzando los sentimientos positivos y ayudando a trabajar el perdón hacia aquellas personas que le despierten sentimientos negativos.

PLANIFICACIÓN:

	L	M	X	J	V	S	D
M							
T							
N							

COMENTARIOS:

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO**

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO**

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Nombre:.....	Enfermera responsable.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema.....
Nº Habitación:.....	
Fecha de ingreso:.....	Fecha resolución.....

**DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA**

Solo se debe utilizar este diagnostico cuando sea posible ayudar a la persona a aumentar su capacidad de movimiento

R/C:

- Sedentarismo o resistencia a iniciar el movimiento
- Falta de habilidades para adaptarse a su actual situación
- Estado emocional
- Cansancio, debilidad
- Falta de motivación
- 

**ÁREA DE DEPENDENCIA:**

CONOCIMIENTOS     FUERZA FÍSICA     FUERZA PSÍQUICA     VOLUNTAD

M/P:

- Cambios en la marcha
- Dificultad para girarse en la cama
- Limitación de la amplitud de movimientos
- 

**OBJETIVOS:**

Recobrará su máxima capacidad de movilización (especificar en qué mejorará) \_\_\_\_\_ en \_\_\_ días

**ACTIVIDADES:**

1. Proporcionar sistemas de ayuda para la deambulación (caminador, muletas, bastón, etc) y enseñar a usarlos
2. Enseñar ejercicios de amplitud de movimientos activos o pasivos. Planificar programa de ejercicios. Seguir el programa establecido por la fisioterapeuta en caso de que estuviera acudiendo a tratamiento rehabilitador.
3. Ayudar y estimular a la persona a levantarse, deambular o permanecer sentado tanto tiempo como tolere
4. Si la persona utiliza silla de ruedas enseñar su manejo y animar a que la use por ella misma
5. Educación sanitaria al paciente sobre:
  - a. Importancia del mantenimiento del máximo grado de movilidad posible
  - b. Necesidad de mantener en todo momento una posición funcional, con el cuerpo bien alineado y las piernas bien apoyadas, para prevenir posibles complicaciones
  - c. En caso de previsión de alta explicar la necesidad de adaptar el domicilio a sus necesidades (rampas, barandillas, asideros, pasamanos en pasillos, etc)
6. Permitir la libre expresión de sentimientos de cólera o frustración frente a la incapacidad funcional
7. Elogiar los logros obtenidos, sin sobrevalorarlos
8. \_\_\_\_\_

**PLANIFICACIÓN:**

	L	M	X	J	V	S	D
M							
T							
N							

COMENTARIOS:

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO**

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Nombre:.....	Enfermera responsable.....
Fecha de nacimiento:.....	Fecha identificación del problema.....
Nº Habitación:.....	
Fecha de ingreso:.....	Fecha resolución.....

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO**

## ANEXO 19 PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

PROBLEMA DE AUTONOMÍA / SUPLENCIA		ETIQUETA
PROBLEMA DE AUTONOMÍA	OBSERVACIONES	INICIO FIN
<b>NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN</b>		
Suplencia parcial:		
Preparar bandeja		
Supervisión		
Suplencia total		
<b>ELIMINACIÓN FECAL / URINARIA</b>		
Suplencia parcial:		
Acompañar WC		
Cuña / botella		
Colector		
Pañal		
Suplencia total		
<b>MOVILIZACIÓN Y MANTENIMIENTO POSTURA ADECUADA</b>		
Suplencia parcial:		
Vigilancia deambulación		
Bastón		
Caminador		
Silla de ruedas		
Encamado		
Transferencia (grua/ayuda)		
Cambio postural		
Suplencia total		
<b>VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL</b>		
Suplencia parcial:		
Supervisión		
Suplencia total		
<b>MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL</b>		
Suplencia parcial:		
Suplencia total		
<b>HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL, MUCOSAS Y FANERAS.</b>		
Suplencia parcial:		
Higiene en cama		
Ducha		
Lavado de cabeza		
Higiene dental/dentadura		
Higiene de uñas		
Afeitado		
Suplencia total		
<b>MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD DEL ENTORNO</b>		
Suplencia parcial:		
Contención mecánica		
Barreras en cama		
Deficit auditivo/audifono		
Deficit visual/gafas		
Suplencia total		

## ANEXO 20. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS			
PROBLEMA IDENTIFICADO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
<b>Diagnósticos enfermeros (NANDA)</b>	<b>Criterios de resultados</b>		
<b>Problemas de colaboración</b>			
<b>Complicaciones potenciales</b>			

Enfermera responsable:

## ANEXO 21. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA

### 1. CIRCUITO DE ACCESO

Tfno de contacto: 971. 212.285 ( Admisión de C.E)

Disponibilidad de horario: De 8-15h de lunes a viernes.

Registro diario de llamadas:

- Nombre y apellido
- Tfno. de contacto
- Fecha y hora de llamada
- Motivo

Persona de referencia: Enfermera de C.E.

- Compromiso de respuesta en el mismo día.
- Derivación a especialista según proceda.

### 2.- FUNCIONAMIENTO INTERNO

2.1.Agenda única, ubicada en Admisión de C.E: \*Médicos  
\* Psicóloga  
\*Enfermera

#### 2.2.Organización

- 1ª visita Conjunta: médico y enf.  
Protocolo de acogida: Quienes somos  
Qué servicios ofrecemos  
Disponibilidad  
Con quién contactar  
fuera de horario de la C.E
- Entrega de documento informativo (Anexo 4)  
(Reverso de la hoja de TTo.)  
Duración: 1h.y 1/2

-Seguimiento telefónico a cargo de enfermería

- A las 24h. de cambio de Tto.
- A las 72h. de cambio de Tto.
- A la semana para seguimiento de P.C

-Visitas sucesivas: programadas para médico, psicóloga o enfermería según proceda.

- Comunicación interdisciplinar.
- Derivación

## ANEXO 22. VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA I.

Nombre:	_____
1º Apellido:	_____
2º Apellido:	_____
Edad: N°	_____

### REGISTRO DE FISIOTERAPIA. Alteraciones aparato

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Registro nº \_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_

Fisioterapeuta \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal \_\_\_\_\_

Diagnósticos asociados \_\_\_\_\_

#### VALORACIÓN

Estado emocional \_\_\_\_\_ Estado de conciencia \_\_\_\_\_

Actitud ante el tratamiento confianza  desconfianza  colaborador

Aceptación del tratamiento si  no

Locomoción Muletas  Caminador  Silla de ruedas  Camilla  Ayuda de otros

Hábitos \_\_\_\_\_ Orientación \_\_\_\_\_

#### BALANCE ARTICULAR

FECHA	ARTICULACION	FLE.	EXT.	R.I.	R.E.	ABD.	ABD.	PRO.	SUP.

#### BALANCE MUSCULAR

FECHA	MUSCULO	GRADOS FUNCIONALES					
		0	1	2	3	4	5

#### OBSERVACIONES

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

#### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



**PLAN DE TRATAMIENTO**

FECHA INICIO	FECHA FIN	TRATAMIENTO	FRECUENCIA	FIRMA (INICIO)

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															

X = tratamiento realizado.    \* = Programado no realizado.

**EVOLUCIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO 23 VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA II.

Propuesta para alta de fisioterapia por haber conseguido los objetivos previstos.

Propuesta para alta de fisioterapia por haber agotado las posibilidades de recuperación con tratamiento fisioterápico, sin conseguir los objetivos.

El paciente ha evolucionado favorablemente y creemos que la total normalización funcional puede mejorar con la actividad de la vida diaria, sin la necesidad de asistencia a nuestra unidad, por lo que proponemos para alta de fisioterapia y se le enseñan actividades para desarrollar en domicilio

Propuesta para seguir tratamiento fisioterápico ambulatorio:

Externo  
 En nuestro Hospital

Al alta precisa ayuda técnica  
 camilla  silla de ruedas  andador  muletas

### RESULTADOS

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre: _____
1º Apellido: _____
2º Apellido: _____
Edad: _____ N° Cama: _____ N° Historia: _____
Profesión: _____ Tef.: _____

### REGISTRO DE FISIOTERAPIA. Alteraciones

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Registro n° \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_

Fisioterapeuta \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal \_\_\_\_\_

Diagnósticos asociados \_\_\_\_\_

### VALORACIÓN ESCALA N.I.H. – NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE

#### Estado de conciencia

0 Alerta  
 1 Somnoliento  
 2 Estuporoso  
 3 Coma

#### Orientación

0 Bien orientado en las 3 esferas  
 1 Orientado parcialmente  
 2 Totalmente desorientado a no responde

#### Obediencia a órdenes sencillas

0 Abre y cierra los ojos al ordenárselo  
 1 Obedece parcialmente conjugada  
 2 No obedece órdenes

#### Mirada conjugada

0 Normal  
 1 Paresia o parálisis parcial de la mirada  
 2 Desviación forzada de la mirada conjugada

#### Campos visuales

0 Normal  
 1 Hemianopsia parcial  
 2 Hemianopsia completa  
 3 Hemianopsia bilateral completa (ceguera cortical)

#### Paresia facial

0 Ausente  
 1 Paresia leve  
 2 Paresia severa o parálisis total

#### Fuerza MSD

0 Normal (5/ 5)  
 1 Paresia leve (4/ 5)  
 2 Paresia moderada (3/ 5)  
 3 Paresia severa (2/ 5)  
 4 Paresia muy severa (1/ 5)  
 9 Parálisis (0/ 5) o no evaluable

#### Fuerza MSI

0 Normal (5/ 5)  
 1 Paresia leve (4/ 5)  
 2 Paresia moderada (3/ 5)  
 3 Paresia severa (2/ 5)  
 4 Paresia muy severa (1/ 5)  
 9 Parálisis (0/ 5) o no evaluable

#### Fuerza MID

0 Normal (5/ 5)  
 1 Paresia leve (4/ 5)  
 2 Paresia moderada (3/ 5)

#### Fuerza MII

0 Normal (5/ 5)  
 1 Paresia leve (4/ 5)  
 2 Paresia moderada (3/ 5)

- 3 Paresia severa (2/ 5)
- 4 Paresia muy severa (1/ 5)
- 9 Parálisis (0/ 5) o no evaluable

- 3 Paresia severa (2/ 5)
- 4 Paresia muy severa (1/ 5)
- 9 Parálisis (0/ 5) o no evaluable

**Ataxia Sensibilidad**

- 0 Sin ataxia
- 1 Presente en un miembro
- 2 Presente en dos miembros

- 0 Normal
- 1 Hipoestesia leve a moderada
- 2 Hipoestesia severa o anestesia

**Lenguaje Disartria**

- 0 Normal
- 1 Afasia leve a moderada
- 2 Afasia severa
- 3 Mutista o con ausencia de lenguaje oral

- 0 Articulación normal
- 1 Disartria leve o moderada
- 2 Disartria severa, habla incomprensible
- 9 Intubado o no evaluable

**Atención**

- 0 Normal
- 1 Intención a uno o dos estímulos simultáneos
- 2 Hemi-intención severa

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

**NOTA:** puntuaciones mayores de 22 se correlacionan con infartos muy extensos.

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

---



---



---



---



---



---

**PLAN DE TRATAMIENTO**

FECHA INICIO	FECHA FIN	TRATAMIENTO	FRECUENCIA	FIRMA INICIO

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
1																																								
2																																								
3																																								
4																																								
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								
11																																								
12																																								

X = tratamiento realizado - = Programado no realizado

**EVOLUCIÓN**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Propuesta para alta de fisioterapia por haber conseguido los objetivos previstos.
  
- Propuesta para alta de fisioterapia por haber agotado las posibilidades de recuperación con tratamiento fisioterápico, sin conseguir los objetivos.
  
- El paciente ha evolucionado favorablemente y creemos que la total normalización funcional puede mejorar con la actividad de la vida diaria, sin la necesidad de asistencia a nuestra unidad, por lo que proponemos para alta de fisioterapia y se le enseñan actividades para desarrollar en domicilio
  
- Propuesta para seguir tratamiento fisioterápico ambulatorio:
  - Externo
  - En nuestro Hospital

**Al alta precisa ayuda técnica**  
 camilla     silla de ruedas     andador     muletas

**RESULTADOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                                  Firma \_\_\_\_\_

## ANEXO 24 VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA III .

Nombre: \_\_\_\_\_  
 1º Apellido: \_\_\_\_\_  
 2º Apellido: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ N° Cama: \_\_\_\_\_ N° Historia: \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

REGISTRO DE FISIOTERAPIA. Alteraciones

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro nº \_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_

Fisioterapeuta \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal \_\_\_\_\_

Diagnósticos asociados \_\_\_\_\_

### VALORACIÓN

Estado emocional \_\_\_\_\_ Estado de conciencia \_\_\_\_\_

Actitud ante el tratamiento confianza  desconfianza  colaborador

Aceptación del tratamiento si  no

Locomoción Muletas  Caminador  Silla de ruedas  Camilla  Ayuda de otros

Hábitos \_\_\_\_\_ Orientación \_\_\_\_\_

FECHA						
Tos						
Tipo						
Expectoración						
Disnea						
Dolor torácico						
Alteraciones piel						
Movimiento respiratorio						
l>E						
l<E						
l=E						
Músculos accesorios						
Simetría						
Tipo de respiración						
Frecuencia respiratoria						

### OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Propuesta para alta de fisioterapia por haber conseguido los objetivos previstos.

Propuesta para alta de fisioterapia por haber agotado las posibilidades de recuperación con tratamiento fisioterápico, sin conseguir los objetivos.

El paciente ha evolucionado favorablemente y creemos que la total normalización funcional puede mejorar con la actividad de la vida diaria, sin la necesidad de asistencia a nuestra unidad, por lo que proponemos para alta de fisioterapia y se le enseñan actividades para desarrollar en domicilio

Propuesta para seguir tratamiento fisioterápico ambulatorio:

- Externo
- En nuestro Hospital

Al alta precisa ayuda técnica

camilla  silla de ruedas  andador  muletas

#### RESULTADOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_